



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgRg no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 558.918 - SP (2014/0179509-2)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
AGRAVANTE : JOSÉ YOSHIKI KONNO
ADVOGADO : LUCILA MERLIN CAUS E OUTRO(S)
AGRAVADO : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A
ADVOGADOS : ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)
ALBERTO MARCIO DE CARVALHO E OUTRO(S)
CAMILLA CAVALCANTI DE SOUZA
CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)

EMENTA

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. MIGRAÇÃO PARA PLANO NOVO. EXTINÇÃO DO CONTRATO ANTERIOR. LEGALIDADE. REDESENHO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES PÓS-PAGAMENTO E PRÉ-PAGAMENTO. COBERTURA ASSISTENCIAL PRESERVADA. RAZOABILIDADE DAS ADAPTAÇÕES. EXCEÇÃO DA RUÍNA. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ADMISSIBILIDADE. REQUISITOS OBSERVADOS.

1. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear.

2. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso.

3. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, firmou o entendimento de ser, em princípio, idôneo o reajuste de mensalidade de plano de saúde em razão da mudança de faixa etária do participante, pois com o incremento da idade há o aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica. Entretanto, para evitar abusividades, devem ser observados alguns parâmetros, como a expressa previsão contratual; não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e serem respeitadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais (Resolução CONSU nº 6/98 ou Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS).

4. Agravo regimental não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Terceira Turma, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 15 de outubro de 2015(Data do Julgamento)

Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgRg no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 558.918 - SP (2014/0179509-2)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de agravo regimental interposto por JOSÉ YOSHIKI KONNO contra a decisão (fls. 878/885) que conheceu do agravo para negar seguimento ao recurso especial.

Nas razões do regimental (fls. 888/934), o agravante reitera a alegação de que, por ser aposentado e ter contribuído para o plano de saúde coletivo empresarial por mais de dez anos, em decorrência do vínculo empregatício, faz jus à manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial e de preços (custos) de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral, nos termos do art. 31 da Lei 9.656/1998.

Acrescenta que o novo plano de saúde firmado entre a Sul América Seguro Saúde S.A. e a ex-empregadora (General Motors) não se aplica ao seu caso, porquanto foi firmado posteriormente à rescisão do contrato laboral.

Por fim, reprisa a tese de ser inválida e abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que atrela o reajuste do valor da mensalidade à mudança de faixa etária do participante, sobretudo porque é discriminatória ao idoso.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 558.918 - SP (2014/0179509-2)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Não obstante os argumentos do agravante, o recurso não merece provimento.

Com efeito, a jurisprudência desta Corte Superior é no sentido de que, respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial de que o inativo gozava quando da vigência do contrato de trabalho, ou seja, havendo a manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença, não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), contanto que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso.

Assim, a interpretação a ser dada ao art. 31, *caput*, da Lei nº 9.656/1998 é a de que deve ser assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral, o qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear aos empregados em atividade.

Nesse sentido:

"RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. MIGRAÇÃO PARA PLANO NOVO. EXTINÇÃO DO CONTRATO ANTERIOR. LEGALIDADE. REDESENHO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES PÓS-PAGAMENTO E PRÉ-PAGAMENTO. AUMENTO DA BASE DE USUÁRIOS. UNIFICAÇÃO DE EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. DILUIÇÃO DOS CUSTOS E DOS RISCOS. COBERTURA ASSISTENCIAL PRESERVADA. RAZOABILIDADE DAS ADAPTAÇÕES. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Discute-se se o aposentado e o empregado demitido sem justa causa, migrados para novo plano de saúde coletivo empresarial na modalidade pré-pagamento por faixa etária, mas sendo-lhes asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, têm direito de serem mantidos em plano de saúde coletivo extinto, possuidor de sistema de contribuições pós-pagamento, desde que arquem tanto com os custos que suportavam na atividade quanto com os que eram suportados pela empresa.

2. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear. Precedente.

3. Por 'mesmas condições de cobertura assistencial' entende-se mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos (art. 2º, II, da RN nº 279/2011 da ANS).

4. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso.

5. Nos contratos cativos de longa duração, também chamados de relacionais, baseados na confiança, o rigorismo e a perenidade do vínculo existente entre as partes pode sofrer, excepcionalmente, algumas flexibilizações, a fim de evitar a ruína do sistema e da empresa, devendo ser respeitados, em qualquer caso, a boa-fé, que é bilateral, e os deveres de lealdade, de solidariedade (interna e externa) e de cooperação recíprocos.

6. Não há ilegalidade na migração de inativo de plano de saúde se a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos sem justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inexequibilidade do modelo antigo, ante os prejuízos crescentes, solucionando o problema do desequilíbrio contratual, observadas as mesmas condições de cobertura assistencial. Vedação da onerosidade excessiva tanto para o consumidor quanto para o fornecedor (art. 51, § 2º, do CDC). Função social do contrato e solidariedade intergeracional, trazendo o dever de todos para a viabilização do próprio contrato de assistência médica.

7. Não há como preservar indefinidamente a sistemática contratual original se verificada a exceção da ruína, sobretudo se comprovadas a ausência de má-fé, a razoabilidade das adaptações e a inexistência de vantagem exagerada de uma das partes em detrimento da outra, sendo premente a alteração do modelo de custeio do plano de saúde para manter o equilíbrio econômico-contratual e a sua continuidade, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

8. Recurso especial provido." (REsp nº 1.479.420/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 11/9/2015)

"RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. APOSENTADORIA DO BENEFICIÁRIO. MANUTENÇÃO DAS MESMAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E VALORES DE CONTRIBUIÇÃO. INTERPRETAÇÃO DO ART. 31 DA LEI 9.656/98. RECURSO PROVIDO.

1. Não obstante as disposições advindas com a Lei 9.656/98, dirigidas às operadoras de planos e seguros privados de saúde em benefício dos consumidores, tenham aplicação, em princípio, aos fatos ocorridos a partir de sua vigência, devem incidir em ajustes de trato sucessivo, ainda que tenham sido celebrados anteriormente.

2. A melhor interpretação a ser dada ao caput do art. 31 da Lei 9.656/98, ainda que com a nova redação dada pela Medida Provisória 1.801/99, é no sentido de que deve ser assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta, a qual poderá variar



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear.

3. *Recurso especial provido*" (REsp nº 531.370/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 6/9/2012).

Na espécie, a General Motors do Brasil (GMB), na condição de estipulante, firmou "contrato de administração de sistema de assistência à saúde" com o grupo Sul América a fim de que seus empregados fossem beneficiados com a prestação de serviços da saúde suplementar.

Assim, nessa empresa, até março de 2011, havia dois modelos de assistência médica, conhecidos como "Modelos Antigos": (i) contrato vigente desde 1973, revisto em 31/12/2001, destinado aos empregados e administradores em atividade e respectivos dependentes, na modalidade pós-pagamento, com participação financeira do empregador (Contrato de Ativos), e (ii) contrato vigente desde janeiro de 2000, firmado em favor de ex-empregados e dependentes destes que, pela lei ou por acordo, deveriam continuar recebendo a mesma assistência à saúde que detinham enquanto estavam em atividade, na modalidade pré-pagamento, sendo custeados integralmente pelos usuários, com a variação do prêmio segundo a faixa etária (Contrato de Inativos).

Todavia, apesar de terem sido observados os arts. 2º da Resolução nº 20/1999 e 2º da Resolução nº 21/1999, ambas do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU (correspondentes aos arts. 13, II, e 17 da Resolução Normativa - RN nº 279/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), as mensalidades pagas pelos aposentados e pelos demitidos sem justa causa (Contrato de Inativos) sofreram substancial elevação, em virtude da reduzida base do número de usuários e da idade avançada deles, a influenciar os cálculos atuariais, de forma que muitos ingressaram com demandas judiciais pleiteando o reingresso no Contrato de Ativos, pagando os custos da empregadora. Ocorre que isso se tornou inviável no sistema de pós-pagamento, pois não havia prêmio ou valor fixo custeado pela GMB, tanto que as decisões judiciais estipulavam fórmulas diversas de apuração da parcela: adoção da tabela da Apamagis (restrita aos magistrados), média dos últimos 12 (doze) meses de uso do plano, média dos últimos 6 (seis) meses, valor global pago pela empregadora dividido pelo número de beneficiários, entre outros.

Para solucionar o problema, após estudos técnicos visando viabilizar a carteira de inativos, que estava acumulando vultosos prejuízos, a GMB e a Sul América firmaram, em 1º/3/2011, um novo sistema de assistência à saúde, o denominado "Modelo Único Novo", extinguindo, assim, os Modelos Antigos. Desse modo, embora em duas apólices distintas,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

juntou-se em uma mesma base segurada os empregados e ex-empregados, o que contribuiu para a diluição dos custos e dos riscos, bem como houve redução do valor atuarial do prêmio, permitindo uma mensalidade razoável a ser suportada por todos, abaixo dos preços de mercado. Com o redesenho, foi unificado o modelo de contratação para ativos e inativos sob o sistema de pré-pagamento, e o prêmio foi atrelado à faixa etária do usuário, mantida a mesma cobertura assistencial de outrora.

Desse modo, não houve nenhuma ilegalidade na migração do autor de plano de saúde, pois a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos sem justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inexecutabilidade do modelo antigo, ante os prejuízos crescentes, solucionando o problema do desequilíbrio contratual. Ademais, a onerosidade excessiva é vedada tanto para o consumidor quanto para o fornecedor, nos termos do art. 51, § 2º, da Lei nº 8.078/1990, cabendo ressaltar que as mensalidades dos inativos sofreram redução no novo modelo, comparadas com o contrato anterior, sendo os preços estipulados abaixo dos de mercado.

Efetivamente, não há como preservar indefinidamente a sistemática contratual original se verificada a exceção da ruína, sobretudo se comprovadas a ausência de má-fé, a razoabilidade das adaptações e a inexistência de vantagem exagerada de uma das partes em detrimento da outra, sendo premente a alteração do modelo de custeio do plano de saúde para manter o equilíbrio econômico-contratual e a sua continuidade, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

Por fim, quanto à validade da cláusula de reajustamento das mensalidades conforme a faixa etária, a Segunda Seção deste Tribunal Superior, quando do julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, firmou o entendimento de ser, em princípio, idôneo o reajuste de mensalidade de plano de saúde em razão da mudança de faixa etária do participante, pois com o incremento da idade há o aumento do risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica.

Todavia, para evitar abusividades, devem ser observados alguns parâmetros, como a expressa previsão contratual; não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e serem respeitadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

a) Em se tratando de contrato firmado ou adaptado entre 2/1/99 e 31/12/2003, deverão ser observadas as regras constantes na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 6/98, a qual determina a observância de sete faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de setenta anos não poderá ser superior a seis vezes o previsto para os usuários entre zero e dezessete anos), não podendo a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de dez anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/1998.

b) Para os contratos firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da Resolução Normativa nº 63/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que prescreve a observância de dez faixas etárias, a última aos 59 anos; do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a seis vezes o previsto para a primeira; e da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.

Sobre o tema, vale conferir os seguintes precedentes:

"RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA DO CONTRATO DE SEGURO SAÚDE QUE PREVÊ A VARIAÇÃO DOS PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA REFORMADA PELO ACÓRDÃO ESTADUAL, AFASTADA A ABUSIVIDADE DA DISPOSIÇÃO CONTRATUAL.

INSURGÊNCIA DA SEGURADA.

Ação ajuizada por beneficiária de plano de saúde, insurgindo-se contra cláusula de reajuste em razão da mudança de faixa etária.

Contrato de seguro de assistência médica e hospitalar celebrado em 10.09.2001 (fls. e-STJ 204/205), época em que a segurada contava com 54 (cinquenta e quatro) anos de idade. Majoração em 93% (noventa e três por cento) ocorrida 6 (seis) anos depois, quando completados 60 (sessenta) anos pela consumidora.

Sentença de procedência reformada pelo acórdão estadual, segundo o qual possível o reajuste por faixa etária nas relações contratuais inferiores a 10 (dez) anos de duração, máxime quando firmadas antes da vigência da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

1. Incidência do Estatuto do Idoso aos contratos anteriores à sua vigência. O direito à vida, à dignidade e ao bem-estar das pessoas idosas encontra especial proteção na Constituição da República de 1988 (artigo 230), tendo culminado na edição do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), norma cogente (imperativa e de ordem pública), cujo interesse social subjacente exige sua aplicação imediata sobre todas as relações jurídicas de trato sucessivo, a exemplo do plano de assistência à saúde. Precedente.

2. Inexistência de antinomia entre o Estatuto do Idoso e a Lei 9.656/98 (que autoriza, nos contratos de planos de saúde, a fixação de reajuste etário aplicável aos consumidores com mais de sessenta anos, em se tratando de relações jurídicas mantidas há menos de dez anos). Necessária interpretação das normas de modo a propiciar um diálogo coerente entre as fontes, à luz dos princípios da boa-fé objetiva e da equidade, sem desamparar a parte vulnerável da contratação.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

2.1. Da análise do artigo 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, depreende-se que resta vedada a cobrança de valores diferenciados com base em critério etário, pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, quando caracterizar discriminação ao idoso, ou seja, a prática de ato tendente a impedir ou dificultar o seu acesso ao direito de contratar por motivo de idade.

2.2. Ao revés, a variação das mensalidades ou prêmios dos planos ou seguros saúde em razão da mudança de faixa etária não configurará ofensa ao princípio constitucional da isonomia, quando baseada em legítimo fator distintivo, a exemplo do incremento do elemento risco nas relações jurídicas de natureza securitária, desde que não evidenciada a aplicação de percentuais desarrazoados, com o condão de compelir o idoso à quebra do vínculo contratual, hipótese em que restará inobservada a cláusula geral da boa-fé objetiva, a qual impõe a adoção de comportamento ético, leal e de cooperação nas fases pré e pós pactual.

2.3. Consequentemente, a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto. Precedente: REsp 866.840/SP, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Rel. p/ Acórdão Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 07.06.2011, DJe 17.08.2011.

3. Em se tratando de contratos firmados entre 02 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, observadas as regras dispostas na Resolução CONSU 6/98, o reconhecimento da validade da cláusula de reajuste etário (aplicável aos idosos, que não participem de um plano ou seguro há mais de dez anos) dependerá: (i) da existência de previsão expressa no instrumento contratual; (ii) da observância das sete faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de setenta anos não poderá ser superior a seis vezes o previsto para os usuários entre zero e dezessete anos); e (iii) da inexistência de índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso conferida pela Lei 10.741/2003.

4. Na espécie, a partir dos contornos fáticos delineados na origem, a segurada idosa participava do plano há menos de dez anos, tendo seu plano de saúde sido reajustado no percentual de 93% (noventa e três por cento) de variação da contraprestação mensal, quando do implemento da idade de 60 (sessenta) anos. A celebração inicial do contrato de trato sucessivo data do ano de 2001, cuidando-se, portanto, de relação jurídica submetida à Lei 9.656/98 e às regras constantes da Resolução CONSU 6/98.

4.1. No que alude ao atendimento aos critérios objetivamente delimitados, a fim de se verificar a validade do reajuste, constata-se: (i) existir expressa previsão do reajuste etário na cláusula 14.2 do contrato; e (ii) os percentuais da primeira e da última faixa etária restaram estipulados em zero, o que evidencia uma considerável concentração de reajustes nas faixas intermediárias, em dissonância com a regulamentação exarada pela ANS que prevê a diluição dos aumentos em sete faixas etárias. A aludida estipulação contratual pode ocasionar - tal como se deu na hipótese sob comento -, expressiva majoração da mensalidade do plano de saúde por ocasião do implemento dos sessenta anos de idade do consumidor, impondo-lhe excessivo ônus em sua contraprestação, a tornar inviável o prosseguimento do vínculo jurídico.

5. De acordo com o entendimento exarado pela Quarta Turma, quando do julgamento do Recurso Especial 866.840/SP, acerca da exegese a ser conferida ao § 3º do artigo 15 da Lei 10.741/2003, 'a cláusula contratual que preveja



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

aumento de mensalidade com base exclusivamente em mudança de idade, visando forçar a saída do segurado idoso do plano, é que deve ser afastada'.

5.1. Conforme decidido, 'esse vício se percebe pela ausência de justificativa para o nível do aumento aplicado, o que se torna perceptível sobretudo pela demasia da majoração do valor da mensalidade do contrato de seguro de vida do idoso, comparada com os percentuais de reajustes anteriormente postos durante a vigência do pacto. Isso é que compromete a validade da norma contratual, por ser ilegal, discriminatória'.

5.2. Na hipótese em foco, o plano de saúde foi reajustado no percentual de 93% (noventa e três por cento) de variação da contraprestação mensal, quando do implemento da idade de 60 (sessenta) anos, majoração que, nas circunstâncias do presente caso, destoa significativamente dos aumentos previstos contratualmente para as faixas etárias precedentes, a possibilitar o reconhecimento, de plano, da abusividade da respectiva cláusula.

6. Recurso especial provido, para reconhecer a abusividade do percentual de reajuste estipulado para a consumidora maior de sessenta anos, determinando-se, para efeito de integração do contrato, a apuração, na fase de cumprimento de sentença, do adequado aumento a ser computado na mensalidade do plano de saúde, à luz de cálculos atuariais voltados à aferição do efetivo incremento do risco contratado" (REsp nº 1.280.211/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, Segunda Seção, DJe 4/9/2014).

"RECURSO ESPECIAL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE. SEGURADO IDOSO. DISCRIMINAÇÃO. NÃO OCORRÊNCIA. CONDIÇÕES OBSERVADAS PARA VALIDADE DO REAJUSTE. RECURSO DESPROVIDO.

1. Nos contratos de seguro de saúde, de trato sucessivo, os valores cobrados a título de prêmio ou mensalidade guardam relação de proporcionalidade com o grau de probabilidade de ocorrência do evento risco coberto. Maior o risco, maior o valor do prêmio.

2. É de natural constatação que quanto mais avançada a idade da pessoa, independentemente de estar ou não ela enquadrada legalmente como idosa, maior é a probabilidade de contrair doença. Há uma relação direta entre incremento de faixa etária e aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica.

3. Deve-se admitir a validade de reajustes em razão de mudança de faixa etária, desde que atendidas certas condições, quais sejam: a) previsão no instrumento negocial; b) respeito aos limites e demais requisitos estabelecidos na Lei Federal nº 9.656/98; e c) observância do princípio da boa-fé objetiva, que veda índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o segurado.

4. Tanto os contratos individuais/familiares denominados antigos, isto é, firmados antes de 2 de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei 9.656/98, quanto os contratos firmados após referida data e os adaptados a novel legislação, deverão prever expressamente as faixas etárias nas quais serão realizados os reajustes. Nos contratos novos, o valor atribuído a cada prestação de acordo com a faixa etária deve ser previamente informado ao usuário e constar expressamente do instrumento contratual.

5. Em relação aos contratos novos, a Lei 9.656/98, em seu art. 15, determina que caberá à ANS estabelecer as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas. Assim, para os contratos firmados entre 2 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, valem as regras da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 6, de 3 de novembro de 1998, que



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

determina: observância de sete faixas etárias, de modo que o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o previsto para a primeira; a variação de valor na contraprestação não poderá atingir o usuário com mais de 60 anos que participe de um plano ou seguro há mais de dez anos. Já para os ajustes firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, incidem as regras da Resolução Normativa - RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que prescreve: observância de dez faixas etárias, a última aos 59 anos; o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o previsto para a primeira; a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não pode ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.

6. *Recurso especial conhecido em parte e, nessa parte, desprovido"* (REsp nº 646.677/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 18/9/2014).

Dessa forma, considerando-se que o agravante não trouxe nenhum argumento capaz de modificar a conclusão do julgado, a decisão deve ser mantida por seus próprios fundamentos.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo regimental.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2014/0179509-2

AgRg no
AREsp 558.918 / SP

Números Origem: 00211686920108260564 10502010 110034 211686920108260564 5640120100211680

EM MESA

JULGADO: 15/10/2015

Relator

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. DURVAL TADEU GUIMARÃES

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : JOSÉ YOSHIKI KONNO
ADVOGADO : LUCILA MERLIN CAUS E OUTRO(S)
AGRAVADO : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A
ADVOGADO : FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
ADVOGADA : ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)
ADVOGADOS : CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
ALBERTO MARCIO DE CARVALHO E OUTRO(S)
CAMILLA CAVALCANTI DE SOUZA

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

AGRAVO REGIMENTAL

AGRAVANTE : JOSÉ YOSHIKI KONNO
ADVOGADO : LUCILA MERLIN CAUS E OUTRO(S)
AGRAVADO : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A
ADVOGADOS : FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)
CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
ALBERTO MARCIO DE CARVALHO E OUTRO(S)
CAMILLA CAVALCANTI DE SOUZA

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.